



# VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.

se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

## Žádost o opakování ročníku

Příjmení, jméno .....

Bydliště .....

Studijní program ..... Studijní skupina .....

Důvod žádosti .....

.....

.....

Datum: .....

Podpis: .....

Stanovisko prorektora:

ANO            NE

Podpis: .....

Stanovisko rektora:

ANO            NE

Podpis: .....

Student/ka odevzdává: index, knihy, průkazku

Matrika studentů – podpis:

.....